　　　年　　　月　　　日

**介護予防支援　・　介護予防ケアマネジメント**

**委託料請求書**

地域包括支援センター　様

法人名

代表者

住所

事業所名

管理者

住所

事業所番号

「介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書」に基づき、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　金　　　　　　　　　　円

（どちらかにチェックして下さい）

□　本請求金額については、契約書第８条に基づき、大阪府国民健康保険団体連合会から当事業所の登録済口座へ振込まれるよう手続きをお願いします。（大阪府内事業所のみ）

□　本請求額は、別に提出する「口座振込依頼書」に基づき振込みくださいますようお願いします。（大阪府外の事業所）

**※　他府県の事業者の場合は法人印並びに事業所印の押印をして下さい。**